UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 43

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES INCAPACITÉS

DUES AUX NÉVROSES TRAUMATIQUES

DANS

LES EXPERTISES PAR ACCIDENTS DE TRAVAIL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Mai 1914

PAR

Julien FLATRÈS

Né à Elliant (Finistère), le 28 novembre 1884

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

VIRES, Professeur, *Président.*
IMBERT, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé.
EUZIÈRE, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1914

LES INCAPACITÉS DUES AUX NÉVROSES TRAUMATIQUES

DANS LES EXPERTISES PAR ACCIDENTS DU TRAVAIL

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 43

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES INCAPACITÉS

DUES AUX NÉVROSES TRAUMATIQUES

DANS

LES EXPERTISES PAR ACCIDENTS DU TRAVAIL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Mai 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Julien FLATRÈS

Né à Elliant (Finistère), le 28 novembre 1884

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	VIRES, Professeur, *Président.*	
	IMBERT, Professeur.	
	SOUBEYRAN, Agrégé.	*Assesseurs*
	EUZIÈRE, Agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. N.....
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O. ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. lib. ch. d. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS (ch. d. f.)
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse :

MM. VIRES, Président.	MM. SOUBEYRAN, Agrégé.
IMBERT, Professeur.	EUZIÈRE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA CHÈRE MÈRE

Faible témoignage de ma vive reconnaissance et de mon affection.

A MES FRÈRES, A MON BEAU-FRÈRE

A MA SŒUR, A MA BELLE-SŒUR

Leur dévouement ne me fit jamais défaut ; qu'ils soient assurés ici de ma profonde gratitude.

J. FLATRÈS.

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. FLATRÈS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. IMBERT

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
SOUBEYRAN ET EUZIÈRE

J. FLATRÈS.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, c'est avec une joie profonde que nous venons nous acquitter de la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers tous ceux qui nous ont témoigné quelque intérêt pendant notre vie d'étudiant.

Nous avons présent à l'esprit le cher souvenir de notre père, dont la vie toute de travail sera pour nous un bel exemple à suivre ; nous continuerons à vénérer sa mémoire, nous nous efforcerons d'égaler son mérite et sa probité.

Il nous est doux d'exprimer à notre mère tout notre amour filial ; c'est grâce à son dévouement sans bornes qu'il nous a été donné de mener à bien nos études médicales.

Le concours de nos frères et sœurs ne nous a jamais manqué, nous ne l'oublierons en aucune circonstance.

Nous sommes heureux de profiter de cette occasion pour remercier nos maîtres de l'Ecole de médecine de Nantes qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière que nous avons embrassée.

Pendant notre séjour à Nantes, nous eûmes la bonne

fortune d'être nommé interne à l'Hôpital-Mixte de Saint-Nazaire. Les médecins et chirurgiens de cet établissement furent pour nous d'une extrême bienveillance ; nous n'oublierons jamais les services qu'ils nous ont rendus.

A la Faculté de médecine de Montpellier nous avons trouvé le meilleur accueil ; nous nous souviendrons toujours du haut enseignement que l'on nous y a donné.

M. le professeur Vires nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous ne saurions lui en être trop reconnaissant.

Que MM. les professeurs A. Imbert et Euzière reçoivent nos plus vifs remerciements pour avoir bien voulu faire partie de notre jury.

Nous n'aurons garde d'oublier M. le professeur Soubeyran qui nous a fourni le sujet de notre thèse, et dont nous craignons d'avoir mis trop souvent la bienveillance à l'épreuve. Nous lui renouvelons ici l'expression de notre reconnaissance.

LES INCAPACITÉS

DUES AUX NÉVROSES TRAUMATIQUES

DANS LES EXPERTISES PAR ACCIDENTS DU TRAVAIL

INTRODUCTION

La loi de 1898, en apportant des modifications dans la pathologie des traumatismes, a vu se créer dans la population ouvrière un état d'âme spécial, une maladie nouvelle que tous les médecins qui ont fait des expertises ont eu occasion d'observer et à laquelle le professeur Brissaud a donné le nom de « sinistrose ». Ce qui frappe dans cette affection désignée, selon les auteurs, sous le nom d'hystéro-neurasthénie traumatique, d'hystéro-traumatisme, confondus souvent avec elle, c'est la facilité avec laquelle les cas se sont multipliés depuis la promulgation de la loi ; et, il faut l'avouer, fréquents sont les cas où il est difficile, sinon impossible, de dégager les symptômes et de poser un diagnostic certain.

Un ouvrier a été blessé, quelquefois même sa blessure

est légère ; sa première pensée, son unique préoccupation, c'est d'obtenir réparation du dommage que l'accident lui a causé et à laquelle la loi lui donne droit. Cette idée, une fois fixée dans son esprit, va y germer ; autour de lui, parents et amis ne feront par leurs paroles qu'entretenir l'état de préoccupation dans lequel vit le blessé : il se créera pour ainsi dire autour de lui une atmosphère d'inquiétude ; son procès s'engagera, et pendant ce temps ne feront que mieux s'établir, s'aggraver même, les symptômes nerveux qu'il présente.

Cet état psychique, état complexe, fait de l'émotion causée par l'accident et de la préoccupation du procès engagé, porte le blessé à exagérer ce qu'il éprouvre.

Le rôle du médecin dans ce cas est assez embarrassant et il lui sera souvent malaisé de répondre au juge dans quelle proportion se trouve diminuée la capacité ouvrière, de fixer la date à laquelle le blessé pourra reprendre son travail. Si l'affection est guérissable, il ne lui sera pas possible de dire quand elle guérira, et il est des cas (heureusement rares) où elle ne guérit jamais.

C'est au médecin qu'il appartient, dans le cas qui lui est soumis, jugeant selon sa conscience et en toute impartialité, de dire quelle est la part de l'accident dans le développement des phénomènes pathologiques qu'il observe.

Nous nous proposons dans notre étude de résumer en quelque sorte les différentes idées qui ont été émises sur l'origine de ces accidents nerveux survenant à la suite de traumatismes ; puis, nous attachant particulièrement aux sinistroses, nous dirons la façon dont elles se produisent, leurs formes cliniques, ce qui va nous conduire à en établir le diagnostic, et enfin le pronostic, élément

indispensable de la discussion sur le mode d'indemnisation qui doit leur être appliqué.

A la suite des traumatismes et surtout des accidents de travail, on voit survenir deux sortes d'accidents nerveux :

a) Les uns liés à des lésions des centres nerveux ou des nerfs périphériques ; ils déterminent des symptômes variés, soit immédiats, soit à distance, par évolution des lésions, et laissent souvent des infirmités permanentes ; ces accidents sont connus depuis longtemps, et aucune discussion ne peut s'élever ni sur leur origine, ni sur leur nature, ni sur leur mode de règlement judiciaire.

b) Les autres ne sont liés à aucune lésion actuellement prouvée du système nerveux central ou périphérique ; ils font l'objet, depuis de longues années, de discussions médicales, et, avec les lois sur les accidents du travail promulguées dans les divers pays, s'est ouverte une controverse, qui n'a jamais été close, sur la façon dont ils doivent être indemnisés judiciairement. C'est de ces derniers seulement que nous avons à nous occuper.

Erichsen le premier, en 1866, semble avoir donné une description d'ensemble de ces troubles ; il émit l'hypothèse qu'il y avait des lésions minimes mais réelles des centres nerveux, lésions médullaires surtout, et leur donna le nom de « railway spine » pour caractériser l'origine dans les accidents de chemin de fer. Puis, comme les manifestations cérébrales étaient aussi évidentes dans le tableau que les manifestations médullaires, on ajouta le terme de « railway brain ».

Peu de temps après, un auteur allemand, Oppenheim, introduisit une vue nouvelle ; il engloba tous les accidents nerveux consécutifs à un traumatisme sous le

nom de « névrose traumatique », ce qui voulait dire : symptômes nerveux spécialement évoqués par le traumatisme, mais n'étant « accompagnés d'aucunes lésions anatomiques ».

Pour Erichsen et Oppenheim, il y avait donc une affection nerveuse provoquée par les accidents ; Erichsen voyait des lésions cérébro-médullaires, tandis que Oppenheim n'y voyait que de la névrose.

Charcot enseigna que le traumatisme, par l'ébranlement physique et le choc moral qu'il détermine, provoque l'éclosion de névroses telles que l'hystérie et la neurasthénie.

Oppenheim se rallia aux idées de Charcot, et la doctrine de l'hystéro-traumatisme ne tarda pas à être généralement admise.

La « névrose traumatique » d'Oppenheim, le « railway spine » et le « railway brain » n'existaient plus ; il n'y avait que les manifestations hystériques ou neurasthéniques, parfois associés, et on eut dès lors l'hystérie traumatique, la neurasthénie traumatique et enfin l'hystéro-neurasthénie traumatique.

Vibert contribua beaucoup à vulgariser cette doctrine, est avec lui le cadre de l'affection s'élargit démesurément.

Tel était l'état des choses lorsque les divers pays promulguèrent, les uns après les autres, les lois sur les accidents du travail et indemnisèrent forfaitairement ces accidents, et alors « on vit, dit le professeur Thoinot, ces accidents nerveux tripler, quintupler, décupler de nombre ; on n'eût pas imaginé qu'il y eût dans le monde tant d'hystériques et de neurasthéniques. »

Les malades furent mieux suivis en vue de la révision légale qu'ils ne l'étaient autrefois, et on s'aperçut que maints troubles nerveux déclarés graves, incurables, dis-

paraissaient comme par enchantement, dans un délai assez court, quand le litige judiciaire était terminé, quand le dommage avait été réparé pécuniairement suivant les désirs du blessé ; que d'autre part, au contraire, les accidents se prolongeaient avec le procès et qu'ils duraient ce que durait la procédure.

On vit entrer en jeu des facteurs nouveaux, la culture des troubles morbides du blessé par l'entourage, par l'homme d'affaires.

Enfin les études et les discussions médicales continuèrent ; l'hystérie n'était plus ce qu'elle était du temps de Charcot, elle se démembrait ; il en était de même pour la neurasthénie, et l'on aboutissait ainsi à une conception nouvelle, que les médecins adoptent volontiers aujourd'hui et prennent pour base de leur évaluation dans les expertises par accidents du travail.

On peut distinguer dans les troubles nerveux post-traumatiques deux grandes formes : l'une, l'hystérie ou la neurasthénie, qui est la plus répandue, et qui ne correspond à aucun désordre anatomique dans le système nerveux central.

L'autre est une forme plus grave ; elle résulte d'un traumatisme grave, est peut-être due à une lésion des centres nerveux ; c'est à cette dernière que nous donnerons le nom de « névrose traumatique ».

Nous laisserons de côté, à dessein, le tableau de ces formes différentes pour étudier plus spécialement la sinistrose, nous réservant d'y revenir pour éclairer le diagnostic.

DEFINITION

Qu'est en somme une sinistrose? « C'est, dit le professeur Brissaud, un état mental morbide qui consiste en une inhibition très spéciale de la volonté ou mieux encore de la bonne volonté ; donc, pas de confusion possible avec l'exagération calculée ou la simulation consciente. »

Dans tous les pays qui indemnisent les accidents du travail, les blessures « assurées » exigent, pour guérir, un temps beaucoup plus long que les blessures « non assurées ». A ce fait brutal, incontestable et incontesté, se ramène et se réduit toute la question de la sinistrose. Ainsi, tandis que pour une même fracture simple de jambe, le blessé non assuré séjourne à l'hôpital 43 jours en moyenne, le blessé assuré y séjourne 300 jours en moyenne, presque une année.

« Personne, continue le professeur Brissaud, n'a jamais supposé que, chez le blessé assuré, la formation du cal réclame 257 jours de plus que chez le blessé non assuré. C'est la capacité fonctionnelle ou, plus exactement, la capacité ouvrière qui, après la consolidation, tarde à se rétablir chez le blessé assuré ; et ce retard varie suivant

les pays, c'est-à-dire suivant les lois et jurisprudence de chaque pays.

» A quoi tient cette prolongation de l'incapacité ouvrière ? A cet état spécial que nous avons appelé sinistrose. »

Et le professeur Brissaud nous met en garde contre la confusion avec l'hystéro-traumatisme et la simulation, qu'on ne constate guère que parmi les jeunes gens qui n'ont ni famille, ni responsabilités, ni charges, et alors la simulation n'est qu'une sorte de gaminerie intéressée et nullement intéressante ; ou bien dans une catégorie d'hommes de tout âge qui n'ont jamais eu la vocation du travail. « Il en est, dit-il, pour qui un petit accident est une aubaine inespérée ; à quelque chose malheur est bon. »

Voilà donc un blessé, depuis longtemps guéri, qui ne se décide pas à faire, au prix d'un peu de douleur, ou simplement de fatigue, le moindre essai de reprise du travail. Il se refuse au plus petit effort, il vous dit : « C'est inutile, je souffre, je ne peux pas, je ne pourrai pas, je sais très bien que je ne pourrai pas. » Il ne sort pas de là et celui qui parle ainsi est un homme dans la fleur de l'âge, laborieux, père de famille, dont le salaire est dix fois, vingt fois supérieur à la rente ou au petit capital rachetable représentant les dommages auxquels il croit avoir droit.

PATHOGÉNIE ET CLINIQUE

Ce qui prédomine dans la production de cette névrose, puisque névrose il y a, c'est une idée fixe, mais une idée fausse sur la forme de la réparation du préjudice, et c'est à cette idée fausse qu'est dû le développement du pouvoir d'inhibition dont nous avons parlé.

Pourquoi et comment se développe-t-il ? « Parce que, sauf de très rares exceptions, les accidentés du travail conservent encore la conviction que toute blessure professionnelle leur confère un droit à des dommages-intérêts. Le patron étant toujours responsable du préjudice, ils s'imaginent que ce patron (ou la Compagnie d'assurances du patron) leur « doit » la réparation prévue par les articles 1382 et 1383 du Code civil. Ils ne conçoivent pas que, la blessure une fois guérie, aucune compensation pécuniaire ne leur soit attribuée en dehors du demi-salaire d'incapacité. Des deux principes sur lesquels repose la loi, ils semblent ne reconnaître intégralement que le premier, celui du risque professionnel, qui met à la charge du patron l'indemnisation de l'ouvrier, et ils n'admettent que dans la mesure qui leur convient le second principe, celui de l'indemnité transac-

tionnelle et forfaitaire calculée d'après la réduction de salaire qu'entraîne définitivement la blessure, et qui est fixée à la moitié de cette réduction de salaire.

Ils méconnaissent le sens du mot « consolidation » tel que l'a précisé la jurisprudence, mais ils savent que la date de la consolidation marque la cessation du paiement du demi-salaire.

« De là il résulte trop souvent que l'accidenté entrevoit la date de la consolidation comme une échéance qu'il voudrait pouvoir ajourner indéfiniment ; et en fait il l'ajourne, et l'idée erronée qui le préoccupe détourne sa bonne volonté de tout effort utile. Peu à peu cette idée fausse, passée à l'état d'idée fixe, non seulement absorbe toute son activité psychique, mais va même jusqu'à briser les ressorts de son activité physique. Et alors que, guéri de sa blessure depuis des mois, il a cessé d'être une victime du travail, il reste encore victime d'une erreur de bonne foi, c'est-à-dire sa propre victime à lui-même. »

Il s'est donc créé chez lui une sorte de psychose qui n'a rien de sévère, mais qui peut être funeste au point de vue de ses conséquences parce qu'elle l'empêche de se remettre au travail.

L'idée fixe a naturellement et toujours pour substratum un fait ou l'interprétation d'un fait. Dans le cas de la sinistrose il s'agit de l'interprétation d'un fait, et ce fait, c'est la loi : « L'idée fixe, dit Régis, n'est en réalité autre chose qu'un délire rudimentaire, réduit à sa plus simple expression... Elle finit le plus souvent par s'étendre, s'organiser et, par suite, tourner au délire proprement dit. »

D'une idée fausse ou inexacte le malade tire des déductions fausses ou inexactes. Ces déductions s'oppo-

sent à son esprit avec une ténacité obsédante ; et, par une pente naturelle, l'anxiété qui caractérise toute obsession finit par transformer un trouble primitivement intellectuel en un trouble émotif et rien qu'émotif.

« L'interprétation erronée de la loi ne compte plus ; les douleurs même de la première heure changent de caractère. Comme elles ne résultent pas de la meurtrissure des parties traumatisées (le blessé ayant depuis longtemps cessé de souffrir), ce ne sont plus des sensations, ni à plus forte raison des hallucinations obsédantes qu'il éprouve, ce sont maintenant des obsessions hallucinatoires, des « algies ».

» Sans doute, les circonstances de l'accident ne sont pas oubliées, mais les algies n'ont qu'un rapport très indirect avec les douleurs primitives du trauma. »

La remarquable étude du professeur Brissaud sur cette forme particulière de névrose traumatique a trouvé des partisans parmi les médecins, tant étrangers que français. C'est ainsi que M. le docteur Kaufmann, de Zurich, dans un exposé qu'il présenta à la Commission du Conseil des Etats Suisses (5 octobre 1909) sur « la fréquence des névroses traumatiques et les abus auxquels l'assurance-accidents peut donner lieu », résumait par ces mots sa manière de voir sur les névroses traumatiques :

« Je me rallie, disait-il, à l'opinion des auteurs qui estiment que la névrose traumatique n'est pas une conséquence de l'accident, mais de l'assurance elle-même, ce qui veut dire qu'elle dépend de la question de l'indemnité. Si le sinistré peut espérer recevoir une indemnité, on verra éclater une névrose ; s'il n'a rien à attendre, il n'y aura pas de névrose », et il proposait de remplacer l'expression « névrose traumatique » par celle

de « névrose de l'assurance ». Au cours de treize années de pratique médicale, de 1876 à 1888, c'est-à-dire pendant une période où il n'existait pas encore en Suisse de loi sur la responsabilité civile, et dans les premières années après l'entrée en vigueur de la loi, le docteur Kaufmann n'a pas observé un seul cas de névrose traumatique.

Mais, à partir de 1889, ces cas sont devenus de plus en plus nombreux et il semble que leur fréquence ne fait qu'augmenter ; le même docteur ajoute qu'il n'a vu aucun des accidents traités par lui, dès le début, se compliquer de névrose de l'assurance. Très fréquemment, il a réussi à décider le sinistré à reprendre son travail et il aurait peut-être obtenu ce résultat plus souvent encore si beaucoup de cas, au lieu de ne lui être soumis qu'à la fin de l'expertise, lui avaient été confiés en vue de leur traitement. Il cite le cas de sinistrés qui ont pu reprendre leur travail dès que la question de l'indemnité a été réglée, bien qu'ils eussent été reconnus atteints d'invalidité grave par les experts.

Un fait reste donc bien acquis, c'est que la convoitise de l'indemnité semble être le principal facteur de la névrose, et celle-ci persistera tant que la question judiciaire n'aura pas été nettement tranchée.

Pour arriver à leur fin, il n'est pas de ruses, pas de « tromperies » souvent qui ne soient employées par les accidentés. Le docteur Kaufmann explique ces faits par la « mentalité spéciale » des assurés, mentalité faite souvent de mauvais vouloir qui commence à se manifester habituellement par la résistance qu'ils opposent aux prescriptions et aux conseils du médecin. A la suite d'un léger accident, le médecin a-t-il prescrit quelques jours de repos au lit, il peut être certain de trouver,

dans la moitié des cas, son patient sur pied dès le lendemain de l'accident ; il pourra même arriver que le patient ait quitté la chambre.

Mêmes observations après la guérison du traumatisme ; les malades refusent de se livrer aux exercices musculaires prescrits par le médecin ; on les voit boiter et se servir d'une canne, alors qu'ils pourraient fort bien, s'ils le voulaient, marcher normalement et sans appui.

Les douleurs que les sinistrés disent ressentir parfois après la guérison du traumatisme peuvent aussi prêter à de graves abus. Elles serviront au patient à justifier son refus de se mettre au travail, alors qu'elles sont insignifiantes en réalité, et qu'il ne les ressent plus dès qu'il cesse d'y penser. Le patient invoquera ces mêmes douleurs pour réclamer une indemnité élevée ; dans les cas de ce genre, le paiement de l'indemnité constitue le meilleur calmant. On peut citer des cas nombreux de sinistrés qui ont été guéris aussitôt qu'ils ont touché une indemnité. Le docteur Kaufman cite le cas d'un ouvrier atteint de douleurs dans le genou, auquel le tribunal avait attribué une indemnité de 3.500 francs ; le dimanche suivant, il prenait part à une course vélocipédique ; combien d'autres exemples du même genre !

Cette mentalité spéciale a souvent pour cause la lenteur suivie par la procédure dans la liquidation de l'indemnité, car toute prolongation inutile ne fera qu'aggraver la névrose ; mais dans la plupart des cas, si la guérison est longue à se produire, c'est dans le manque d'énergie et la mentalité du sinistré qu'il faut chercher la raison de ce fait.

La simulation peut aussi jouer un rôle considérable dans la production de ces phénomènes, et un médecin

italien, le Dr Trombetta, nous apprend qu'il existe à l'usage des ouvriers de véritables cours dans lesquels on leur enseigne tous les secrets de la simulation et même comment celle-ci peut être décelée. Si nous ajoutons à cela la présence, autour des grandes entreprises, d'individus plus ou moins louches, les soi-disant « agents d'affaires » qui excitent l'ouvrier et lui enlèvent parfois une bonne partie de l'indemnité qu'ils lui auront fait obtenir, nous ne serons pas surpris que, dans ces conditions, le mal soit difficile à enrayer.

Le manque de bonne foi des accidentés et de leurs porte-parole apparaît surtout dans leurs protestations contre tout ce qui peut être tenté pour arriver à une guérison complète et rapide. Pour eux, tout cela n'a pour but que de diminuer le montant de l'indemnité ou de la rente, et ils négligent complètement de considérer la guérison en elle-même et les avantages que l'ouvrier en retire quant à son travail.

Il va sans dire que les médecins ne sont pas plus ménagés. Si ceux-ci veulent intervenir tant soi peu activement, on les accuse d'être à la solde des compagnies d'assurance et de n'avoir pas d'autre but que d'engraisser les actionnaires; sinon on se moque d'eux, de leurs diagnostics, de leurs rapports, et on conçoit que dans de telles questions, déjà fertiles en difficultés de toutes sortes, leur tâche n'est pas particulièrement rendue plus facile.

DIAGNOSTIC

L'importance du diagnostic est considérable dans tous les cas de névrose traumatique, parce que c'est de lui que va dépendre l'évaluation judiciaire. Mais comment distinguer la sinistrose, caractérisée surtout par l'inhibition de la bonne volonté, de l'hystérie traumatique, de la neurasthénie traumatique et de la névrose traumatique ?

La sinistrose s'accompagne, dit-on, d'insomnie, de céphalée plus ou moins pénible, de vertiges et d'irritabilité de caractère; le tout se complète par de la faiblesse, mais une faiblesse d'un genre spécial qui ne l'empêche (le sinistré) que de travailler; toutes les autres occupations lui sont encore possibles, du moins au début.

Les douleurs que le malade prétend ressentir, rien ne les explique; leurs localisations et leurs irradiations sont purement fantaisistes.

Les phénomènes cérébraux font toujours défaut; ce qui domine, c'est une obsession qui a pour point de départ et pour but l'idée fixe que tout accident au cours du travail constitue un dommage entraînant une réparation. Mais cette idée n'est pas une conséquence néces-

saire de l'accident en lui-même, l'accident n'en est que le prétexte. L'idée ne vient qu'après coup, et elle est voulue, réfléchie, développée.

Nous reportant à un chapitre précédent, nous avons distingué deux grands groupes dans les troubles nerveux post-traumatiques : les uns relevant de cause légère, d'un accident n'ayant pas causé vraisemblablement de désordres anatomiques dans le système nerveux central, ou, en tout cas, hors de proportion avec les désordres anatomiques produits ; nous voulons parler de l'hystérie et de la neurasthénie traumatiques.

Les autres, au contraire, relevant d'un traumatisme grave, d'une émotion violente, et occasionnés peut-être par une lésion des centres nerveux ; nous leur avons réservé la dénomination de névrose traumatique, parce qu'elle reproduit le tableau qu'en avait tracé Oppenheim.

Ce n'est point là une distinction factice, et au tableau de la névrose traumatique proprement dite on peut opposer un certain nombre de faits faciles à ranger sous le nom d'hystéro-neurasthénie, association d'hystérie et de neurasthénie traumatiques.

Ces différents troubles doivent être exposés à part, et différenciés de la sinistrose, la confusion entre ces états étant souvent facile.

A. — Hystérie traumatique

Elle résulte ordinairement d'un accident léger, un coup, un choc, une vulgaire piqûre. Il y a quelquefois également un choc physique à sa base, une frayeur qui accompagne le traumatisme.

Ce traumatisme va voir survenir dans un délai plus ou moins long des symptômes de paralysies, contractures, troubles sensitifs.

Les paralysies sont flasques : un membre, un segment de membre, à la suite d'une simple contusion, par exemple, ne reprendra pas ses fonctions ; ces paralysies ont des caractères bien nets et bien connus qui les distinguent des paralysies d'origine organique.

La contracture reconnaît la même étiologie : les traumatismes ordinairement légers (coup, chute).

Une forme particulière, c'est la contracture immobilisant douloureusement une articulation, l'arthralgie, dont la forme la plus connue est la coxalgie. « Ces contractures, qui ne témoignent jamais, dit le Pr Brissaud, de l'hyperexcitabilité des centres réflexes de la moelle, telle que peut la produire la dégénérescence du faisceau pyramidal, ont, d'autre part, un caractère d'intensité qui leur appartient en propre : elle réalisent un état de rigidité musculaire auquel n'atteignent jamais les contractures de cause organique. Il faut une volonté exceptionnelle, qualifions-la de morbide, pour entretenir à un pareil degré l'activité de la fibre musculaire. » Les troubles de la sensibilité peuvent manquer, ou souvent se joignent aux troubles moteurs et aident ainsi au diagnostic.

Enfin, on signale toute une série de troubles (stigmates hystériques) : rétrécissement du champ visuel, abolition du réflexe pharyngé, dyschromatopsie... qui complétaient souvent le tableau.

Voilà ce que l'on observe dans l'hystérie ; dans la sinistrose rien de tel ; « les troubles de la sensibilité et les stigmates hystériques ne sont que le prodnit de l'examen médical, dit le professeur Thoinot, et on

ne les rencontre plus aujourd'hui quand on sait les éliminer ; on les suggère au malade, et c'est le médecin qui fait inconsciemment la suggestion. De ces troubles sensitifs, de ces soi-disant stigmates, il n'y a plus à tenir compte ni médicalement, ni judiciairement ».

Mais que deviennent les troubles moteurs ? que sont-ils ? produits de pure simulation ou bien produits de simple suggestion.

On a dit avec raison : un symptôme qui ne peut être simulé n'appartient pas à l'hystérie, et entre une paralysie simulée et une paralysie hystérique réelle de bonne foi, il n'y a pas un seul signe différentiel.

Comment se fait la suggestion ? C'est parfois le malade lui-même qui se la fait, soit d'emblée, soit après réflexion ; c'est parfois l'entourage, agissant d'ailleurs en toute bonne foi ; c'est souvent le médecin qui, d'une parole imprudente, a créé la paralysie en laissant entendre au blessé qu'il ne pourra plus se servir du membre traumatisé. Le traumatisme sera relégué au second plan, la suggestion est la question primordiale.

Que ce soit paralysie, que ce soit contracture, le résultat est le même ; une fois créées, elles vont se prolonger à volonté ; le malade les a acceptées, et il y croit fermement.

B. — Neurasthénie traumatique

Rien de commun ici avec la véritable neurasthénie. Ces malades se présentent très fréquemment à l'expert

après un traumatisme, crânien surtout, mais ne présentant aucun caractère de gravité et n'ayant laissé la plupart du temps aucune trace objective.

Ces malades déclarent qu'il ont mal à la tête, qu'ils dorment mal, qu'ils ont des vertiges, qu'ils sont sans forces. D'ailleurs ils ne présentent aucun trouble de l'état général ; aucune lésion viscérale, aucun trouble fonctionnel à l'examen médical, aucun des symptômes de la véritable neurasthénie, c'est-à-dire : amaigrissement, dépression physique et psychique, tachycardie... Quelle conduite tenir en présence d'un tel état ? L'examen médical ne donne rien et « ce qu'il ne voit pas, ce qu'il ne constate pas, nul expert ne doit le tenir pour démontré ». (Thoinot).

Le patient prétend avoir mal à la tête ; nous n'avons ici aucun moyen de contrôle et la simulation est facile.

Des vertiges ? il vous dit bien que la tête lui tourne, qu'il « manque » de tomber à chaque instant, mais jamais il n'est tombé, jamais il ne s'est fait la moindre blessure en tombant.

Une affirmation qui revient souvent dans la bouche de ces accidentés : ils ne peuvent rien faire depuis l'accident, « il a fallu que ce maudit accident m'ait rendu absolument incapable de travailler », disent-ils, et ce sont souvent des individus ne présentant aucune atrophie des muscles des bras ni des jambes, ne souffrant d'aucune espèce d'affection. On leur a persuadé, quand ils ne se sont pas persuadés eux-mêmes, qu'ils n'étaient bons à rien ; ils ne feront rien en effet tant qu'on ne les aura pas obligés à se remettre au travail.

C. — Névrose traumatique

C'est la forme la plus grave ; décrite très exactement par Vibert, d'après l'observation de nombreux blessés de chemin de fer, elle est caractérisée par des troubles psychiques, sensitifs, moteurs, et par une altération de la santé générale. On n'y a pas trouvé de lésions nerveuses, mais rien jusqu'à présent ne prouve qu'il n'y en ait point.

A l'origine, traumatisme grave en lui-même ou grave par le choc moral qu'il a occasionné, et se traduisant dès le début par un ébranlement psychique ou physique : perte de connaissance, état de confusion mentale, amnésie.

On peut rencontrer des signes moteurs, mais il s'y trouve surtout — et c'est la caractéristique — des signes psychiques et généraux : dépression intellectuelle, apathie absolue, indifférence complète, perte des sentiments affectifs, perte de la mémoire, changements profonds de caractère avec irritabilité, emportements, etc.

Le malade qui en souffre présente un « aspect caractéristique » : la physionomie est triste, le corps penché, la démarche souvent pénible. La parole est souvent hésitante. Puis, les troubles s'accusant, le malade est en proie à des idées tristes ; il est obsédé par son accident, le sommeil est troublé, et il est tracassé par la pensée de sa diminution de capacité professionnelle, et l'issue du procès engagé.

Tous ces troubles, tant moteurs, sensitifs, que psychiques, peuvent certes être simulés, dans une certaine

mesure, mais ce qui le peut moins, c'est la déchéance physique de l'individu, sa dénutrition.

La guérison peut survenir, surtout si l'affaire a été réglée promptement, mais il n'en est pas moins vrai que c'est là une affection qu'il faut considérer comme grave au point de vue de règlement judiciaire, et il faudra se montrer très réservé au point de vue du pronostic.

Quand la névrose traumatique se présentera avec un ensemble de symptômes aussi complet, il sera quelquefois facile de la reconnaître ; elle laisse deviner une atteinte grave ou sérieuse des centres nerveux. Dans la sinistrose, rien de tel ; le malade ne peut rien faire « parce qu'il est trop faible et parce qu'il souffre » ; il peut se livrer à certaines occupations, son incapacité ne porte que sur son travail ordinaire.

De plus, les phénomènes cérébraux font toujours défaut : pas de tremblements, pas de crises épileptiformes, pas de convulsions, pas de contractures, pas de tachycardie. Ces phénomènes, dit le professeur Brissaud, « l'idée image » est toujours incapable de les réaliser, de les extérioriser. Ceux-là, les vrais symptômes cérébraux, traduisent un état morbide trop spontané, trop indépendant pour participer, sinon par un hasard exceptionnel, à un syndrome purement psychique.

Il faudra pourtant tenir compte souvent de la simulation, dont la fréquence est variable selon les auteurs : 33 p. 100 des cas d'après Hoffmann ; 36 p. 100 d'après Schultze ; 4 p. 100 seulement d'après Oppenheim. Le pourcentage importe peu ; ce qui est certain, c'est que la simulation existe ; elle peut créer de toutes pièces (rarement) un ensemble symptomatique ; Eyraud (Thèse de Lyon, 1897-1898) en cite un cas. Dans la plupart des cas il y a aggravation simulée d'un symptôme en particulier

ou d'un certain nombre de symptômes. Mais, à mesure que les symptômes seront mieux connus, il est à craindre que les faits de simulation deviennent de plus en plus nombreux. C'est ce qui faisait dire au docteur Périer, dans le discours d'ouverture du Congrès de chirurgie, en 1903 : « La simulation de la neurasthénie est d'autant plus difficile à dépister qu'il s'est fondé un enseignement de neurasthénie pratique à l'usage des victimes d'accidents et dont les lauréats passent maîtres à leur tour. »

TRAITEMENT

La maladie, ou plutôt la névrose, dépistée, quel genre de traitement lui appliquer? C'est ici que surviennent fréquemment de nouvelles difficultés ; mais tous les médecins qui ont étudié particulièrement la névrose traumatique et dont l'autorité en pareille matière fait foi, sont unanimes à reconnaître que le traitement médical a une grande influence sur la fréquence de l'évolution de cette affection ; le Pr Windscheid, de Leipzig, affirme qu'on peut enrayer l'évolution de la névrose ou même la prévenir complètement par un traitement rationnel institué sans retard ; beaucoup de médecins appelés à traiter ces accidents, ignorant l'influence qu'ils peuvent exercer sur leur production, ne sont pas pénétrés de cette idée, ou souvent ne la mettent pas en pratique, surtout si les tribunaux qui les ont appelés à titre consultatif ont déclaré inutile un traitement suivi.

A ceux qui nient l'inutilité de tout traitement, le Dr Kaufmann cite le cas (pour l'édification des incrédules) d'un maçon atteint de névrose traumatique grave, qu'il eut l'idée d'employer à des besognes d'abord simples et ne nécessitant aucune fatigue : dans le cas actuel, ins-

tallation de la lumière électrique dans l'asile où il était traité. Au bout de trois semaines, l'ouvrier avait si bien récupéré sa capacité de travail qu'il était à même de reprendre sa besogne de maçon.

C'est donc au médecin qu'il appartient, par une intervention rationnelle, de guérir le traumatisme, et, ce faisant, il rendra un signalé service et à l'assuré et à l'assureur.

Insistant sur le rôle capital du médecin, le professeur Kaufmann proposait la création d'un enseignement de la médecine des accidents, « car il arrive fréquemment, disait-il, qu'un premier traitement irrationnel et insuffisant ait des conséquences fâcheuses qui rendent nécessaire une nouvelle intervention, et il n'en sera plus ainsi lorsque les médecins connaîtront la médecine des accidents ».

Telle est aussi l'opinion de Schultze, pour qui la « psychothérapie » est le seul traitement utile, et ce mode de traitement est à la portée du médecin. Certains médecins, ayant une très grande pratique des accidentés du travail, ne voient jamais ou très rarement de névrosés, pourquoi ? non pas parce qu'ils nient la névrose de parti pris, mais parce qu'ils soignent leur blessé de façon à en prévenir l'éclosion.

Le paiement de l'indemnité est un bon moyen de combattre la névrose, mais cette rente, exception faite bien entendu pour les cas graves, ne doit pas être trop élevée.

« Une rente élevée, disait le professeur Windscheid, en 1911, à Rome, au Congrès des médecins des assurances-accidents, peut influer sur la mentalité du sinistré, en le confirmant dans l'idée qu'il est gravement atteint, et l'empêcher par conséquent de se remettre au travail, qui est le meilleur remède des névroses traumatiques. »

Le sinistré devra recevoir son indemnité le plus rapidement possible, car toute prolongation inutile de la procédure ne fait que favoriser la névrose, et il sera traité immédiatement, car un traitement immédiat, non seulement diminue la gravité de la névrose, mais peut même la prévenir complètement.

L'indemnisation par le paiement d'un capital aura une influence très favorable sur les névroses traumatiques, et il sera bon d'employer ce mode d'indemnisation chaque fois que faire se pourra, lorsque l'examen du sinistré permettra d'admettre que son état n'est plus susceptible de se modifier notablement.

EVALUATION DANS LES EXPERTISES

Nous arrivons à la solution judiciaire de ces troubles nerveux, question très discutée et par les médecins et par les magistrats.

La première condition à remplir pour aboutir à cette solution est un bon diagnostic médical, et c'est là une question qui devient plus facile depuis que l'on a établi des divisions nécessaires, et que l'on s'est aperçu qu'il existe dans ce bloc compact des accidents nerveux post-traumatiques des groupes qui, étant d'essences différentes, réclament un traitement judiciaire différent. Ce que nous avons décrit sous le nom d'hystérie et de neurasthénie traumatique ne saurait réclamer le même règlement que la névrose traumatique proprement dite.

Le diagnostic posé, il sera plus aisé de déterminer l'évaluation médicale du préjudice causé.

Aux troubles nerveux vrais, à la névrose traumatique, il faudra reconnaître un caractère d'infirmité permanente, avec un taux élevé de réduction de valeur ouvrière, et l'intérêt de l'assuré et de l'assureur résidera dans un règlement très prompt de l'indemnité due. Quand le sinistré ne sera plus préoccupé par l'issue du procès

engagé, son état ne s'acheminera que plus vite vers la guérison. Il faut donc hâter le règlement de l'affaire, mais souvent on se heurtera à la résistance du sinistré qui préfère rester sous le régime de l'incapacité temporaire, presque toujours préférable pour lui à celui de l'incapacité permanente, sauf dans les cas rares d'incapacité permanente totale.

Les cas de « vraie névrose traumatique » sont aujourd'hui rares ; les autres deviennent au contraire plus nombreux par le fait de l'indulgence judiciaire dont ils ont souvent bénéficié ; « à tous ces faux paralytiques, dit le professeur Thoinot, — faux de bonne foi ou de mauvaise foi, — à tous ces faux anesthésiques qui, en pleine validité physique, se déclarent incapables de tout travail, on devrait répondre par un refus formel d'indemnité en bonne logique.»

Mais le professeur Thoinot fait une réserve pour les suggérés vrais, victimes, comme on l'a dit, non d'un accident du travail, mais de la loi sur les accidents du travail, et ceux-là, dit-il, il faut les considérer en bloc comme de bonne foi ; ils sont victimes d'une suggestion, la suggestion contraire doit les guérir. « Et la suggestion contraire se traduit par l'allocation forfaitaire d'une minime réduction de valeur ouvrière, 1 à 5 p. 100 au plus, avec l'affirmation bien instamment exprimée que c'est bel et bien fini, et qu'on n'ira plus au delà dans l'appréciation médicale. »

Mais si, comme M. Thoinot l'avoue, le diagnostic entre la simulation et la suggestion est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, ne sera-ce pas un encouragement aux simulateurs pour réclamer une indemnité ?

Pour Schultze, l'octroi d'une rente minime, préconisée

par Thoinot, paraît absolument injustifiable, parce que, dit-il, « l'allocation de ces rentes minimes suppose des troubles tellement légers, que le travail les fera tout de suite disparaître ; elles sont donc abusives, et, en constituant pareil système, les blessés et leur ambiance finiront par croire que tout accident donne droit à réparation pour dommage moral ».

De plus, les rentes minimes ne donnent pas satisfaction au blessé, qui continue à se croire lésé dans ses intérêts, et le professeur Schultze de conclure que la non-allocution de la rente, le refus immédiat de toute indemnisation est beaucoup mieux accepté ; le blessé se remet au travail et n'y pense plus.

Par contre, dans les cas très rares de névrose traumatique grave, Schultze estime qu'il faut allouer 100 p. 100, et il insiste sur l'utilité pratique du règlement en capital et sur la nécessité absolue de régler promptement.

Ce qu'il importe surtout d'avoir toujours présent à l'esprit, c'est qu'il s'agit ici non d'une question individuelle et matérielle, mais « d'une question sociale et générale », car bientôt, si l'on ne réagit pas énergiquement, tout sinistré croira qu'il a droit à une rente, forte ou petite, et nul n'ignore que l'octroi des fortes rentes surtout a une action contagieuse inévitable.

Schultze, nourri par l'expérience, a acquis la conviction que jadis il octroyait trop facilement des rentes aux névrosés ; il en accorde de moins en moins, et estime que tous les experts doivent faire de même.

Sur la question de savoir s'il faut conclure à une incapacité permanente ou totale, l'accord est donc fait ; sitôt le diagnostic confirmé, tout blessé atteint de névrose traumatique doit être considéré comme atteint d'incapacité permanente, mais l'expert fera bien d'émettre une

restriction dans le paragraphe où le diagnostic sera discuté, et de s'exprimer par exemple ainsi : « L'affection présentée par le blessé n'est pas causée par une altération anatomique du système nerveux, mais par un trouble de fonctionnement dont il est impossible de prévoir les suites et qui peut disparaître spontanément ; en effet, la guérison du trouble dont il s'agit est subordonnée à la bonne volonté et aux efforts du patient. Tout traitement médical est devenu inutile ; le seul traitement efficace est la reprise du travail qui doit être progressive, méthodique, lente et soutenue. » (Forgue et Jeanbrau, *Presse médicale*, 28 mars 1914).

S'agit-il de déterminer la moyenne de réduction de capacité ouvrière à prendre comme base d'évaluation ?

Le professeur Thoinot nous a dit : il faut reconnaître un taux élevé de réduction ouvrière aux troubles nerveux « vrais », et cette opinion est partagée par Vibert, Brissaud. Dans ce cas, il faut être large (80 à 90 p. 100). Aux autres, atteints d'hystérie ou de neurasthénie traumatiques, il faut évaluer l'incapacité à un faible degré (10 p. 100 au maximum), de façon que le blessé puisse obtenir le rachat de sa rente.

La procédure terminée, n'ayant pas à craindre la révision, le malade guérit en général rapidement. Brissaud écrivait en 1907 : « Jamais je n'accorde plus de 10 % à un blessé atteint d'hystéro-traumatisme pur, sans lésion organique, s'il est jeune et robuste.

» Mon expérience est basée sur 18 années de médecin de la Compagnie d'Orléans, je n'ai pas eu un seul cas de révision ; et j'ai l'absolue certitude que le blessé guérit rapidement quand on ne s'intéresse pas à lui. Ma moyenne de réduction est de 3 à 5 % et cette jurisprudence est adoptée par le Tribunal de la Seine. »

Reste à déterminer si la sinistrose doit être considérée comme une incapacité permanente et indemnisée comme telle.

Ici le doute n'est pas permis, et, de quelque bienveillance que fassent preuve le médecin et le juge, il ne faut pas indemniser la sinistrose, sous peine de voir se multiplier les cas ; l'opinion de Thoinot est : que considérer ces faux malades comme des infirmes, c'est vicier l'application d'une loi qui, au lieu d'être bienfaisante, devient une source d'escroqueries. Celles-ci ne profitent même pas à l'ouvrier, mais davantage aux « agents d'affaires marrons », qui se font octroyer la plus grande part de l'indemnité. Dans l'intérêt de tous, pas d'indemnité ici, et nul doute qu'avec de la fermeté, la sinistrose demeurera assez rare.

Le Tribunal civil de la Seine, sous l'inspiration du professeur Brissaud, déclarait d'ailleurs, le 4 janvier 1908, que la « sinistrose », affection résultant non de l'accident mais de l'opinion erronée que le blessé s'est faite en se persuadant à lui-même qu'une rente lui était nécessairement due, ne donnait pas droit à une rente viagère. L'accidenté, un ouvrier tombé d'une échelle en 1906, se déclarait atteint d'incapacité permanente absolue et demandait une rente viagère de 2.100 francs. Sur les conclusions du professeur Brissaud il fut débouté de sa demande et condamné aux dépens.

Dans certains cas cependant il peut se juxtaposer à la sinistrose un certain degré de neurasthénie, et le professeur Grasset est d'avis que dans ce cas il faut estimer plus largement et conclure à une incapacité permanente.

OBSERVATION

Rapport médico-légal. — Hystéro-traumatisme

Je soussigné S. P..., docteur en médecine, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, commis par jugement du président du Tribunal civil de Montpellier en date du... 1914, dispensé du serment, à l'effet de procéder à l'examen médical du sieur S..., avec mission : d'examiner S..., de décrire son état, de déterminer les conséquences de l'accident, la nature et le quantum de l'incapacité qui en a été la suite et de fixer la date de la consolidation de la blessure.

Certifie avoir procédé à l'examen de S...

I. — *Exposé des faits et récit du sinistré*

S..., journalier, travaillait pour la Compagnie....., lorsque, le 7 octobre 1913, à trois heures et demie de l'après-midi, étant occupé avec deux autres ouvriers à transporter des cadres pesant 150 kg. chacun et mesurant

1 m. 20 de haut, un de ces cadres, mal appuyé, tomba sur le dos et la jambe gauche de S... ; S... fut précipité sur le sol ; il put se relever tout seul, mais il ne put continuer son travail et rentra chez lui à pied. Il ne constata aucune plaie ni aucun écoulement de sang; il se coucha d'ailleurs et resta dix-sept jours au lit ; d'autre part, il aurait toussé les jours suivants et craché du sang. Aucune hématurie.

Le certificat du docteur P..., en date du 7 octobre 1913, porte la mention de : contusion de la jambe gauche. Un autre docteur constate, le 17 janvier 1914, une contusion de la région lombaire gauche et du genou gauche, avec des symptômes d'hystéro-traumatisme caractérisé par un affaiblissement général de l'organisme et un affaiblissement de la motricité.

Actuellement le blessé peut à peine marcher, ne peut travailler et prétend souffrir beaucoup du dos.

II. — *Examen médical*

(21 mars 1914)

S... est âgé de 62 ans ; il est obèse, marche difficilement et avec une canne ; son facies est triste et affaissé.

a) *Examen du dos.* — Rien à l'inspection ; il existe seulement une certaine douleur à la pression de la partie postérieure des derniers espaces intercostaux. La région lombaire au-dessous de la douzième côte est un peu douloureuse des deux côtés, ainsi que le rachis au même niveau. Le rein n'est pas senti, le malade urine bien, ses urines sont claires.

A l'auscultation, du côté gauche, on sent à la base une inspiration rude et quelques frottements pleuraux.

Les mouvements du dos sont bons ; le malade ramasse bien un objet par terre, cependant avec une certaine raideur.

b) *Examen du membre inférieur gauche.* — Rien à l'inspection.

Une certaine douleur dans le creux poplité, à la pression ; articulations de la hanche et du genou gauche, bonnes et souples. Une certaine contracture musculaire de la cuisse gauche. Réflexe rotulien un peu exagéré à gauche.

Légère atrophie musculaire du membre inférieur gauche, décelée par le palper de ses muscles, plus mous, et par la mensuration.

A 12 centimètres au-dessus de la rotule :

Côté gauche (côté malade), 46 cm. de circonférence.

Côté droit (côté sain), 46 cm. 5.

A 12 cm. au-dessous de la rotule (*circonférence du mollet*) :

Côté malade, 37 cm.

Côté sain, 38 cm.

c) *Examen général.* — Le malade se plaint de céphalée, étourdissements, vertiges, de contractures dans la cuisse gauche, de douleurs le long du rachis, d'affaiblissement des jambes, d'hypocondrie. De plus, de perte de la mémoire, parole lente, hésitante, et enfin de ne pouvoir faire le moindre effort.

III. — *Conclusion*

Le malade a donc été atteint d'une contusion lombo-dorsale ayant laissé de la pleurite traumatique et des signes incontestables d'hystéro-traumatisme; les douleurs sont exagérées.

En conséquence, on peut répondre que S... est atteint d'une incapacité de travail permanente et partielle qui, vu son âge, vu les lésions thoraciques et la sinistrose, peut être évaluée de 20 à 25 p. 100. On peut fixer la date de la consolidation de la blessure à celle de notre examen actuel (21 mars 1914).

CONCLUSIONS

I. — La « sinistrose », affection nouvelle créée par la loi de 1898, est le résultat de l'opinion erronée que s'est faite le blessé, en se persuadant à lui-même qu'une rente lui était forcément due ; c'est un état mental spécial, morbide, consistant en une inhibition de la bonne volonté.

II. — Elle apparaît après l'accident, quelquefois longtemps après, alors que le malade est déjà presque guéri, ou en bonne voie de guérison, et se manifeste par l'impossibilité de se livrer au travail, quoiqu'il n'y ait aucun trouble manifeste, ni du côté des appareils, ni dans l'état général.

III. — Cette affection n'a rien à voir avec l'hystérie traumatique, ni avec la neurasthénie traumatique, ni surtout avec la névrose traumatique « vraie » qui marque une atteinte grave des centres nerveux. Cette dernière, par ses symptômes particuliers, sera facile parfois à diagnostiquer parce qu'elle porte une grave atteinte à l'organisme.

Le diagnostic posé, et dans les cas typiques on pourra y arriver, il faut songer au traitement et l'appliquer sans retard, d'une façon rationnelle ; un médecin expérimenté exercera une influence favorable sur l'évolution de la maladie et pourra même la prévenir dans certains cas.

Le paiement de l'indemnité sera considéré comme le meilleur moyen de combattre la névrose, mais cette indemnité devra être accordée le plus rapidement possible, la procédure favorisant l'affection.

IV. — Au point de vue de l'évaluation, nous sommes d'avis qu'il faut donner beaucoup à ceux qui méritent beaucoup, pas 100 p. 100 comme le veut Schultze, mais un taux élevé (80 à 70 p. 100 suivant les cas).

A l'autre groupe, ceux atteints d'hystérie ou de neurasthénie traumatique, nous reconnaîtrons une faible réduction de capacité ouvrière, quand nous serons certains de n'avoir pas affaire à des simulateurs, mais pas plus de 10 p. 100. Ces chiffres correspondent à une rente viagère très faible. Mais, la loi autorisant le rachat des pensions inférieures à 100 francs, le blessé obtiendra une somme assez importante, surtout s'il est jeune ; il changera de profession, achètera un fonds de commerce, et il ne sera plus question de névrose.

Quant à la sinistrose, elle n'a droit à aucune indemnité ; pas d'indulgence vis-à-vis des simulateurs, c'est la seule façon d'enrayer le mal.

BIBLIOGRAPHIE

Bach (L.).— Traumatische Neurose und Unfallbegutachtung.

Balassa. — Statisticolegal contribution on primary traumatic neurosis (Budapest, 1904).

Brissaud. — La sinistrose (Concours médical, 16 février 1908).

— Les troubles nerveux post-traumatiques (Médec. des accidents du trav. Paris, 1910).

Brissaud, Pinard, Reclus. — Nouvelle prat. médico-chirurg., t. V, 1912.

Brouardel. — Blessures et accidents du travail, 1906.

Dorison.— Bulletin médico-chirurg. des accidents du travail, n° 14, 7 avril 1908.

— Bull. chirurg. des accid. du travail, t. II, n° 6, 1er juin 1913.

Faguet.— Névrose traumatique consécutive à un accid. de chemin de fer. Expertise. Rapport médico-légal (Gazette hebd. des sciences méd. de Bordeaux, 1908).

Forgue et Jeanbrau. — Guide du médecin dans les accidents du travail, 1909.

— Presse médicale du 28 mars 1914, n° 25.

François.— Hystéro-traumatisme et simulation (Bull. chirurg. des accidents du travail, t. II, n° 2, 1er février 1913).

Grasset. — Evaluation de l'incapacité professionnelle par névrose traumatique dans les accidents du travail, 1908.

Kaufmann.—Bull. de l'Assoc. méd.-chirurg. des accidents du trav., 20 nov. 1911.

Lecaplain. — Thèse de Paris, 1906-07.

Monthélie. — La névrose traumatique et la loi de 1898 (Thèse de Paris, 1905-06).

Ollive et H. Le Meignen. — Accidents du travail.

Périer. — Revue de médecine légale, 1905.

Poitevin. — De l'avenir des hystéro-traumatisés (Thèse de Paris, 1906).

Schultze.— Ueber unfallneurosen und die Mitwirkung des Aerztes bei ihrer Bekampfung (Deutzche medizinische Wochenschrift, nos 47-48, 1912).

Thoinot. — Bull. chirurg. des accidents du travail, t. II, n° 6, 1er juin 1913.

Vibert. — La névrose traumatique, 1893.

— Les accidents du travail, 1905.

— Précis de médecine légale, 1911.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 mai 1914.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
S. DAUTHEVILLE.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 mai 1914
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine: Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!